



Tratamiento farmacológico de disnea en cuidados paliativos

Autor: Dr. Diego Pablo Acuña Caroca. Residente Medicina Familiar mención Adulto UCM.

Revisor: Dr. Dante Valles. Docente Subdepartamento Medicina Familiar UCM

Resumen

La disnea es un síntoma prevalente y angustiante en pacientes en cuidados paliativos con distintas patologías, tanto oncológicas como no oncológicas. Para realizar una evaluación adecuada se pueden utilizar distintas herramientas (ESAS, MRC, EVA, ENA, RDOS) que permiten determinar la severidad de la disnea. El manejo farmacológico es fundamental para mejorar la calidad de vida en etapas avanzadas, contando con alternativas como opioides, broncodilatadores, corticosteroides, benzodiacepinas y medidas de apoyo. El objetivo de este documento es actualizar la evidencia disponible sobre algunas alternativas farmacológicas para el manejo de la disnea en cuidados paliativos.

Introducción

La disnea es una experiencia subjetiva de dificultad respiratoria que afecta hasta al 70% de los pacientes en cuidados paliativos, y puede clasificarse como basal, episódica o irruptiva (Benítez, 2023). Se trata de un síntoma multidimensional que involucra componentes fisiológicos, emocionales y espirituales. Su presencia, especialmente en reposo, se asocia con mal pronóstico, mayor carga sintomática y deterioro funcional. La evaluación y el manejo deben ser multidisciplinarios, realizados por el equipo de salud.

Desarrollo

A continuación, se analiza la evidencia actual respecto al uso de distintas opciones farmacológicas para el manejo de la disnea.

1. Opioides: Son el tratamiento farmacológico de primera línea para la disnea que no responde a medidas no farmacológicas, siendo utilizados para el control sintomático. La morfina es el opioide más utilizado y con mayor evidencia; otras alternativas (fentanilo, hidromorfona) no han demostrado eficacia significativa en el alivio de la disnea (Chitoran, 2025). Las vías de administración que han demostrado eficacia son la oral y la subcutánea, a seleccionar según la disponibilidad y tolerancia de los centros y pacientes. (Chitoran, 2025)

Se recomienda iniciar la dosis según la exposición previa a opioides. En pacientes no expuestos, se sugiere comenzar con 5–10 mg cada 4–6 horas vo. En pacientes previamente expuestos, se sugiere aumentar la dosis en un 20–50%, con ajustes cada 48–72 horas (revisar equianalgesia según recursos disponibles) (Rosario, 2023).

En población sin cáncer, el uso de opioides ha demostrado reducir el nivel de disnea en la vida diaria y durante el ejercicio, aunque con un nivel de evidencia muy bajo. No se ha demostrado mejoría en calidad de vida, frecuencia de tos ni alteración en la gasometría (Smallwood, 2024). En cambio, en población con cáncer, la evidencia muestra disminución de la disnea, incluso la asociada al esfuerzo (Chitoran, 2025).

Los efectos adversos más frecuentes asociados al uso de opioides incluyen constipación (OR: 3.08), náuseas y/o vómitos (OR: 3.32) y somnolencia (OR: 1.37), con un nivel bajo de evidencia (Smallwood, 2024). También se ha observado una disminución de la frecuencia respiratoria, aunque no clínicamente significativa (Chitoran, 2025).

Se recomienda asociar metoclopramida (10 mg) cada 8 horas como profilaxis de vómitos en



mayores de 75 años al iniciar tratamiento con opioides (Rosario, 2023).

2. Oxígeno: Es una medida farmacológica complementaria en el manejo de la disnea en cuidados paliativos. La suplementación con oxígeno debe indicarse en presencia de hipoxemia documentada ($\text{SaO}_2 < 88 - 90 \%$), o durante el ejercicio si se objetiva beneficio clínico. Según la evidencia actual la suplementación con oxígeno (independiente del nivel de oxemia) durante el ejercicio ha demostrado disminuir la percepción de disnea y mejorar la tolerancia al ejercicio, con un nivel bajo de evidencia. No se ha demostrado mejoría en la calidad de vida. Otras formas de suplementación (continua, en ráfagas o durante rehabilitación pulmonar) no han demostrado beneficios significativos en disnea, tolerancia al ejercicio o calidad de vida (Hasegawa, 2023).
El oxígeno también puede causar efectos adversos como sequedad y sangrado nasal, e irritación de mucosas, que pueden resultar molestos para los pacientes.
3. Benzodiacepinas: Se consideran un complemento al uso de opioides, especialmente en casos de disnea asociada a ansiedad. Se recomienda lorazepam (0,5–2 mg SL/VO) o midazolam (2,5–5 mg SC) por su vida media corta, evitando así sedación prolongada. En cuanto a la evidencia, no han demostrado eficacia significativa en el control de la disnea cuando se utilizan de forma aislada para el manejo de la disnea (Simon ST, 2016). Sin embargo, la combinación de benzodiacepinas mas opioides como la morfina, puede lograr un mejor control de la disnea, aunque con calidad de evidencia muy baja (Yasuda, 2023).
Debe recordarse el riesgo de efectos adversos, como arritmias cardíacas por prolongación del QTc.

Conclusión

El tratamiento farmacológico de la disnea en cuidados paliativos debe ser integral, progresivo y personalizado. Los opioides son el pilar principal demostrando superioridad frente al placebo para el control de disnea a mínimos esfuerzos o de reposo, seguidos de coadyuvantes como oxígeno, benzodiacepinas con roles e indicaciones específicos para cada uno. La atención centrada en la persona, la evaluación continua, el uso racional de los fármacos y la atención a las necesidades emocionales y espirituales del paciente son claves para aliviar este síntoma tan limitante. En casos refractarios, la sedación paliativa debe considerarse como parte del abordaje ético y compasivo.

Bibliografía

- Benítez, M. Á. (2023). PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO EN CUIDADOS PALIATIVOS. *Sociedad Española de Cuidados Paliativos*.
- Chitoran, E. (2025). A Systematic Review and Meta-Analysis on Opioid Management. *Cancers*.
- Hasegawa, T. (2023). Efficacy of supplemental oxygen for dyspnea relief in patients with advanced progressive illness: A systematic review and meta-analysis. *Respiratory Investigation*.
- Rosario, M. Á. (2023). PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO EN CUIDADOS PALIATIVOS. *Sociedad Española de Cuidados Paliativos*.
- Simon ST, H. I. (2016). Benzodiazepines for the relief of breathlessness in advancedmalignant and non-malignant diseases in adults (Review). *Cochrane Library*.
- Smallwood, N. E. (2024). Opioids for the palliation of symptoms in people with serious respiratory illness: a systematic review and meta-analysis. *European Respiratory Review*.
- Yasuda, S. (2023). Systematic review and meta-analysis of the efficacy of benzodiazepines for dyspnea in patients with cancer. *Japanese Journal of Clinical Oncology*.